

CMC

Clal Medi Care

א.ר.ז.ן סוכנות לביטוח  
להחזיר לפקס 03-6729025

## स्वस्थ और सुनिश्चित

इजराइल में विदेशी निवासियों के लिए चिकित्सा बीमा

~~03-6729025~~

कोई नियोक्ता न होने की स्थिति में बीमा अभ्यर्थी और/या पॉलिसी धारक उपनाम (लैटिन अक्षरों में)		मध्य नाम (लैटिन अक्षरों में)		दिया हुआ नाम (लैटिन अक्षरों में)	
पासपोर्ट नं.		पासपोर्ट समाप्त होने की तिथि		कार्य वीजा समाप्त होने की तिथि	
जन्म तिथि		लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला		मूल देश	
				इजराइल में प्रवेश की तिथि (पहली) (आखिरी)	
इजराइल में बीमाकृत का पता			बीमाकृत के कार्य स्थल का पता		
घर का टेलीफोन नंबर		कार्य स्थल का टेलीफोन नंबर		मोबाइल फोन नं.	
पिछले बीमे		बीमा कंपनी का नाम:		तारीख से तारीख तक	
क्या आपने विगत में बीमा कराया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		बीमा कंपनी का नाम:		तारीख से तारीख तक	
				पॉलिसी नंबर	

प्रस्तावित बीमा		<input type="checkbox"/> स्वस्थ एवं सुनिश्चित इजराइल में पर्यटकों के लिए		<input type="checkbox"/> स्वस्थ एवं सुनिश्चित विदेशी कामगार आदेश के अनुसार विदेशी कामगारों के लिए	
प्लान					
बीमा अवधि		से		तक	
मांगे गए परिशिष्ट		<input type="checkbox"/> दुर्घटना के कारण मृत्यु या विकलांगता		<input type="checkbox"/> शव अंतरण	
		<input type="checkbox"/> आपातकालीन दांत परिचर्या		<input type="checkbox"/> _____	

प्रस्ताव फार्म यह फार्म पुरुषों एवं महिलाओं दोनों के लिए है

पॉलिसी धारक		घर का पता		घर का टेलीफोन नंबर	
नियोक्ता का नाम					
कार्य स्थल का पता		कार्य स्थल का टेलीफोन नं.		मोबाइल फोन नं.	
				बीमाकृत का नियोजन शुरू होने की तिथि	

प्रस्ताव फार्म यह फार्म पुरुषों एवं महिलाओं, दोनों के लिए है

## स्वास्थ्य स्थिति की घोषणा

बीमा अभ्यर्थी को स्वास्थ्य घोषणा के सभी ब्यौरों का जवाब अवश्य देना चाहिए, और प्रश्नावली में उत्तर "हाँ" या "नहीं" पर निशान लगाना चाहिए। यदि उत्तर सकारात्मक ("हाँ") हो, तो सकारात्मक निष्कर्षों के लिए निर्धारित स्थान पर प्रश्न की संख्या लिखनी होगी, और इन निष्कर्षों के साथ-साथ बीमारी रिपोर्ट और वर्तमान स्थिति निर्दिष्ट करनी होगी।

सामान्य प्रश्न		नहीं	हाँ
1.	क्या आप कभी किसी अस्पताल या चिकित्सा संस्थान में भर्ती हुए हैं? (किस प्रकार, कब, क्यों)। बीमारी रिपोर्ट और वर्तमान सूचना संलग्न करें।		
2.	क्या आपने कभी कोई ऑपरेशन कराया है या आपको ऑपरेशन कराने की सलाह दी गई है? (विस्तार से बताएं)।		
3.	क्या आपको कभी चोट लगी है? क्या आप किसी प्रकार से विकलांग हैं? (विस्तार से बताएं)।		
4.	क्या आपने नैमित्तक जाँच जैसे कि खून, पेशाब या EKG कराई है? क्या जांच सामान्य थी? (विस्तार से बताएं)।		
5.	क्या आपने इमेजिंग टेस्ट जैसे विभिन्न एक्सरे (सीना, आंत, किडनी, हड्डी आदि), मैपिंग टेस्ट, कैथेटराइजेशन, कम्प्यूटराइज्ड टोमोग्राफी (CT), MRI, US कराया था? (कारण, तिथि और परिणाम बताएं)।		
6.	क्या फिलहाल आपको कोई रोग या बीमारी है, और क्या आपको किसी स्वास्थ्य विकृति की जानकारी है, और क्या आपने उपचार या दवा ली है और या ले रहे हैं? (खुराक और उपचार की अवधि सहित विस्तार से बताएं)		
7.	सिर्फ महिलाओं के लिए – क्या आप महिलाओं की किसी बीमारी से ग्रस्त हैं या ग्रस्त रही हैं, जैसे कि मासिक धर्म में अनियमितता, गर्भधारण में समस्या, हैमरेज, स्तन गाँठ, गर्भाशय या बच्चेदानी की समस्या, स्त्री रोग जांच (उदाहरणार्थ पैप स्मीयर) में असामान्य निष्कर्ष या अन्य स्त्री रोग? यदि हाँ, तो विस्तार से बताएं: क्या आप गर्भवती हैं? भ्रूणों की संख्या कितनी है? _____ पिछली प्रेग्नेन्सियों या पिछली प्रेग्नेन्सी में आपको समस्याएं हुई थीं? यदि हाँ तो विस्तार से बताएं _____ क्या आपका कोई प्रसव सिजेरियन था? _____		
8.	क्या आप पूर्णतः या आंशिक रूप से काम करने में अक्षम या असमर्थ रहे हैं या हैं? (विस्तार से बताएं)।		

रोग संबंधी प्रश्न (क्या आप निम्नलिखित से ग्रस्त रहे हैं या हैं)		नहीं	हाँ
9.	कार्डियोवास्कुलर (हृदय और रक्त वाहिकाएं) – A. हृदय रोग, सीने में दर्द, सांस फूलना, हांफना, एंजाइना पेक्टोरिस, मायोकार्डियल इन्फ्रैक्शन (दिल का दौरा), एरिथमिआस, हार्ट वाल्व में खराबी, कांजेनिटल हार्ट डिफेक्ट, मायोकार्डियल या पेरीकार्डियल बीमारी। B. हाइपरटेंशन। C. रक्त वाहिकाएं – चलते समय पैरों में दर्द, खून का थक्का जमना, स्फीत शिराएं, संचरण अनियमितता, धमनियों का (संकुचन)।		
10.	तंत्रिका तंत्र – चक्कर, सिरदर्द, बेहोशी, पक्षाघात, ऐंठन (मिरगी), TIA, यादाश्त में गड़बड़ी, संवेदना का अभाव, अपकर्षक बीमारी, स्ट्रोक, ब्रेन हैमरेज (CVA), कंपकंपी, संतुलन रखने में कठिनाई, अल्जाइमर रोग, पार्किंसंस रोग, मानसिक थकान, जराजन्य मूढ़ता।		
11.	मानसिक विकृति – मानसिक रोग, अवसाद, खंडित मनस्कता, चिंता, आत्महत्या का प्रयास।		
12.	श्वसन तंत्र – अस्थमा, पुरानी ब्रोंकाइटिस, वातस्फीति, तपेदिक, हेमोफाइटिस, बारबार श्वसन तंत्र का संक्रमण।		
13.	पाचन तंत्र और यकृत – अल्सर (गैस्ट्रिक या संग्रहणी), हार्टबर्न, आंत्रशोथ की पुरानी बीमारी, आंत्र हैमरेज, बवासीर, गुदा द्वार की समस्याएं, यकृत की पुरानी बीमारी, पीलिया, पित्ताशय की पथरी, अग्नाशय संबंधी रोग, हेपेटाइटिस (वाइरल या अन्य)		
14.	गुर्दा और मूत्र तंत्र – गुर्दा की पथरी, वृक्कशोथ, मूत्र तंत्र के दोष, मूत्र में खून या प्रोटीन, गुर्दा का शोथ, गुर्दा, पुरुष ग्रंथि का काम न करना।		
15.	अंतःस्रावी (चयापचय) संबंधी गड़बड़ी – डायबिटीज, थाइराइड ग्रंथि, सुप्रारेनल ग्रंथि की विकृति, गुर्दा शोथ, पीयूष ग्रंथि तथा अन्य ग्रंथियां, उच्च रक्त लिपिड (कोलोस्ट्रॉल, ट्राइग्लिसराइड)।		
16.	त्वचा और प्रजनन तंत्र – सिफलिस, हरपीज, त्वचा का ट्यूमर, तिल, मस्सा और/या वंघ्याकरण और/या प्रजनन संबंधी समस्याएं।		
17.	मैलाइनेन्ट रोग (कैंसर) और एड्स – मैलाइनेन्ट या प्रीमैलाइनेन्ट ट्यूमर, या एड्स, कैरियर स्टेटस सहित (मैलाइनेन्ट के प्रकार, तारीख और विधि का उल्लेख करें)।		
18.	जोड़ और हड्डियां – आर्थराइटिस, गठिया, पीठ या गर्दन में दर्द, डिस्क का खिसक जाना, कंधा, घुटना, अस्थि के रोग।		
19.	आँखें – कैटरेक्ट, ग्लूकोमा, भेंगापन, अंधता, रेटिना संबंधी रोग, कार्निया के रोग, दृष्टि दोष, डॉक्टर नंबर-----		
20.	कान, नाक, गला – गले या कान में बारबार शोथ, साइनुसाइटिस, श्रवण विकृति, पैरॉक्सिजमल नॉक्टरनल डिस्पनिया (PND)		
21.	हार्निया – उदर भित्ति, ग्रॉइन, सर्जिकल ददोरे, नाभि, डायफ्राम।		
22.	स्वास्थ्य संबंधी अन्य विकृतियाँ और/या अन्य रोग जिनका ऊपर जिक्र नहीं हुआ है।		

## सकारात्मक निष्कर्षों का ब्यौरा

प्रश्न संख्या	निष्कर्षों का ब्यौरा

### बीमा अभ्यर्थी की घोषणा

मैं, अधोहस्ताक्षरी, बीमा अभ्यर्थी, एतद्वारा इस प्रस्ताव के अनुसार (इसके बाद "प्रस्ताव" के रूप में उल्लिखित) बीमा कराने का अनुरोध करता हूँ।

- मुझे पता है कि:
  - बीमाकर्ता पहले से मौजूद किसी स्वास्थ्य दोष, बीमा शुरू होने की तिथि या बीमा प्रस्ताव पूरा होने की तिथि, या स्वास्थ्य घोषणा पर हस्ताक्षर होने की तिथि, जो भी बाद में हो, से पहले के किसी रोग या स्थिति से प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से उत्पन्न किसी दावे के लिए देनदार नहीं होगा और भुगतान नहीं करेगा।
  - मैं निम्नानुसार घोषणा करता हूँ, सहमत हूँ और वचन देता हूँ: प्रस्ताव और/या स्वास्थ्य घोषणापत्र में निर्दिष्ट सभी उत्तर सही हैं और पूरे हैं, तथा मैंने बीमाकर्ता से ऐसी कोई चीज नहीं रोकी है जिससे बीमा के लिए प्रस्ताव को स्वीकार करने में बीमाकर्ता का निर्णय प्रभावित हो। सूचना छूट जाने या गलत उत्तर की स्थिति में, बीमा संविदा नए सिरे से व्यर्थ हो जाएगी। प्रस्ताव में उल्लिखित उत्तर तथा मेरे द्वारा बीमाकर्ता को लिखित में दी गई कोई अन्य सूचना और इस मुद्दे पर बीमाकर्ता द्वारा लगाई गई कोई अन्य शर्तें मेरे और बीमाकर्ता के बीच बीमा संविदा की शर्तों के रूप में हैं तथा इसका अभिन्न अंग होंगी।
  - मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ तथा सहमत हूँ कि इस प्रस्ताव की स्वीकृति या अस्वीकृति पूर्णतः बीमाकर्ता (जो अपने निर्णय के बारे में कोई भी स्पष्टीकरण दिए बिना प्रस्ताव को स्वीकृत या अस्वीकृत करने के लिए हकदार है) के विवेक पर निर्भर है।
- चिकित्सा गोपनीयता में छूट की घोषणा
  - मैं, अधोहस्ताक्षरी, Clal Health Insurance Company Ltd. या Arie Insurance Company Ltd. (इसके बाद "आवेदक" के रूप में उल्लिखित) के लिए चिकित्सा तथा अन्य गोपनीयता बनाए रखने संबंधी किसी चिकित्सा संस्थान, किसी चिकित्सा प्रयोगशाला, किसी चिकित्सा समिति और उनके किसी चिकित्सा और अन्य कार्मिकों को कर्तव्य से मुक्त करता हूँ।

- मैं एतद्वारा पूर्वोक्त पक्षकारों – जिसमें राष्ट्रीय बीमा संस्थान की समितियाँ, बीमाकर्ता, स्वास्थ्य मंत्रालय, जिला स्वास्थ्य ब्यूरो, IDF प्राधिकारी, रक्षा मंत्रालय तथा ऐसी कोई अन्य संस्था या संस्थान शामिल हैं जिनका नाम इसमें उल्लिखित नहीं है – तथा सभी बीमा कम्पनियों जिनके यहाँ मेरा पहले बीमा था या वर्तमान में बीमा है, को बिना किसी अपवाद के, अपनी स्वास्थ्य स्थिति और किसी बीमारी, जो मुझे थी या इस समय है, या भविष्य में होगी, अस्पताल में भर्ती होने के बारे में सभी ब्यौरे या लिखित चिकित्सा रिकार्ड, चिकित्सकों जिनसे मैं मिल चुका हूँ की सूची और/या स्वास्थ्य देखरेख संगठन में शामिल होने की तिथि आवेदक इसके मनोनीति को एक साथ और अलग-अलग प्रकट करने के लिए अनुमति देता हूँ।
- मैं सभी बीमा कम्पनियों और/या अन्य संस्थानों को कोई सूचना और/या दस्तावेज और/या उसके द्वारा मांगी गई बीमा पॉलिसी आवेदक को भेजने के लिए अधिकृत करता हूँ।
- मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदक को या उसके द्वारा नियुक्त व्यक्ति को एक साथ और अलग-अलग पूर्वोक्त ब्यौरों के प्रकटन के सिलसिले में पूर्वोक्त पक्षकारों के प्रति किसी प्रकार का मेरा कोई दावा या अभिकथन नहीं होगा।
- यह आवेदन 5741-1981 के गोपनीयता संरक्षण अधिनियम पर भी लागू है और संस्थानों, जिसमें स्वास्थ्य देखरेख संगठन और/या उनके चिकित्सक और/या उनके कार्मिक और/या उनके द्वारा नियुक्त व्यक्ति और/या पूर्वोक्त सेवा प्रदाता शामिल हैं, के सभी चिकित्सा या अन्य भंडारित डाटाबेसों पर लागू है।
- यह छूट मुझ पर, मेरी सम्पदा और मेरे कानूनी अधिवक्ताओं तथा मेरे बदले में काम करने वाले किसी भी व्यक्ति पर बाध्यकारी है।
- यह छूट मेरे अवयस्क बच्चों, जिनके नामों का उल्लेख किया गया है, पर लागू होगी, यदि प्रस्ताव में उल्लेख हो।

बीमा अभ्यर्थी और/या बीमा धारक, यदि कोई नियोक्ता न हो, के हस्ताक्षर

तारीख \_\_\_\_\_ अभ्यर्थी का नाम \_\_\_\_\_ पासपोर्ट नंबर \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

### बीमा धारक (नियोक्ता) की घोषणा

मेरी पूरी जानकारी के अनुसार, बीमा अभ्यर्थी की घोषणा सही है। मुझे किसी बीमारी या कांजेनितल या आनुवंशिक दोष, जिसका विगत में उपचार हुआ है, का और इसके परिणामों की जानकारी नहीं है। इसके अलावा, मुझे किसी बदतर दोषपूर्ण स्वास्थ्य स्थिति या किसी अन्य सूचना, यदि बीमाकर्ता को ऐसी सूचना दी गई है, की जानकारी नहीं है जिससे बीमाकर्ता इस प्रस्ताव के अनुसार बीमा स्वीकार करना बंद कर देगा। इसकी अंतर्वस्तु तथा इस पर हस्ताक्षर करने का आशय अपनी भाषा में समझ लेने के बाद इस घोषणा पर बीमा अभ्यर्थी ने हस्ताक्षर किया है।

नाम \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

מס' סוכן 73429 אריק רון

घोषणपत्र भाग B

यह फार्म पुरुषों और महिलाओं, दोनों के लिए है